FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gustave CHAMBAS

Né le 16 juillet 1888, à Aydat,
Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris,
Ex-préparateur à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand,
Lauréat de l'Ecole de Médecine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

COXALGIES AIGUËS

Président : M. Auguste BROCA, *Professeur.*

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEURM. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Médecine opératoire	Pierre DUVAL
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N.
Bactériologie	BEZANÇON
Pathologie interne	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Médico-Chirurgicale	CUNEO
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD, ACHARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ (Henri)	MULON	SCHWARTZ (A
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICART
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Grand-Père
et de ma Grand-Mère

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Puissent-ils avoir le même bonheur à recevoir cette dédicace que celui que nous avons à la leur offrir.

A MA FIANCÉE

En témoignage de mon amour.

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SŒUR

AUX MIENS, A MES AMIS

A Monsieur le Professeur Auguste BROCA

Professeur de clinique chirurgicale infantile,
Chirurgien des Hôpitaux.

Qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. C'est un honneur dont nous connaissons tout le prix. Nous le prions d'agréer nos plus respectueux remerciements.

DU MÊME AUTEUR :

F. Ramond et G. Chambas : **Les éruptions morbilleuses chez l'adulte : Rougeole et Roséole.** (*Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.* Séance du 16 juillet 1915).

F. Ramond et G. Chambas : **Deux complications de la scarlatine : le rhumatisme et l'ictère scarlatins.** (*Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.* Séance du 8 octobre 1915).

G. Chambas : **Appareils pour contention de fractures au poste de secours régimentaire.** (*Presse médicale* 1917, numéro 38, page 295).

AVANT-PROPOS

La présentation de cette thèse nous procure l'occasion particulièrement agréable de revivre par la pensée nos années d'études et de nous remémorer les soins apportés par nos maîtres dans leur précieux enseignement pour notre instruction et notre éducation médicales.

Et d'abord notre reconnaissance va à nos chers Parents pour l'affection qu'ils nous ont toujours témoignée et leur dévouement inlassable qui nous a permis d'embrasser la carrière que nous avons choisie.

Nos professeurs de l'Ecole de Clermont-Ferrand ont eu la tâche délicate de nous initier à l'étude de la médecine qu'ils ont su nous faire apprécier et aimer.

En nous montrant la difficulté de notre art, M. le Docteur Bousquet, Directeur de l'Ecole et Professeur de clinique chirurgicale dont l'affectueuse sollicitude ne s'est jamais démentie, M. M. Maurin (clinique médicale) et Planchard (clinique obstétricale) ont su nous en révéler toute la beauté.

La science et la bienveillance de MM. les Professeurs Buy et Argaud qui nous enseignèrent l'anatomie, nous les rendent particulièrement chers.

Nous adressons aussi nos meilleurs remerciements à M. le Professeur Billard que nous avons suivi dans son laboratoire de physiologie et dans son service hospitalier, à MM. les Professeurs Mally dont nous fûmes le préparateur, Dionis du Séjour, Lepetit, Piollet, Mornac.

Dans les hôpitaux de Paris où nous fûmes successivement stagiaire et externe (Concours 1912), nos maîtres n'ont cessé de nous témoigner le plus grand intérêt. Aussi gardons-nous un pieux souvenir du Professeur agrégé Lepage et rendons-nous aux éminents professeurs et médecins des hôpitaux Debove et Moutard-Martin l'hommage respectueux de notre reconnaissance.

Et nous serions heureux d'avoir pu donner quelque satisfaction à M. le Professeur Aug. Broca dont nous avons eu aussi l'honneur d'être l'élève.

Nous n'oublierons jamais ses leçons concises et claires et la peine qu'il se donnait pour nous les mieux faire comprendre. Durant la guerre, il nous a encore montré tout l'intérêt qu'il nous portait en présentant à la *Société de Chirurgie* des appareils que nous construisions nous-même et qui nous permettaient dès le poste de secours de bataillon d'obtenir la contention des fractures.

Les circonstances ne nous ont pas permis alors d'en faire notre sujet de thèse comme nous le conseillait notre maître. Nous ne saurions le regretter puisqu'à notre retour des armées nous avons pu suivre à nouveau son service et puiser de la sorte dans ses travaux personnels les matériaux nécessaires à l'élaboration de notre thèse dont il a bien voulu nous inspirer le sujet.

Nos remerciements bien sincères vont aussi à M. le

Docteur Phelip, assistant de M. le Professeur Aug. Broca dont les conseils nous furent si précieux.

Reçu interne de l'hôpital Saint-Joseph (Concours 1913), nous eûmes comme maître le regretté Docteur Monnier (chirurgie infantile). Nous adressons à sa mémoire qui nous est bien chère, un souvenir reconnaissant pour la confiance qu'il nous a toujours témoignée et l'éducation chirurgicale qu'il nous a donnée.

M. le Docteur Leuret, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph (gynécologie) nous a guidé de ses conseils et s'est intéressé particulièrement à nous durant tout le temps où nous fûmes interne dans son service; nous voudrions qu'il trouve ici l'assurance de notre profonde reconnaissance et de notre entier dévouement.

Nous adressons aussi à M. le Docteur Laurence son assistant qui fut toujours si bienveillant, nos meilleurs remerciements.

Nous prions également nos Maîtres de l'Hôpital Saint-Joseph, MM. les Docteurs Genouville, Mayet, Lenglet, de trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance.

Enfin nous tenons à affirmer toute notre gratitude pour les chefs que nous avons connus durant la guerre, en particulier M. le Docteur Félix Ramond, Médecin des hôpitaux de Paris, Joly, Médecin principal, Velten, Ex-médecin chef du 154e Régiment d'Infanterie, et Goinard, Chirurgien des Hôpitaux d'Alger.

INTRODUCTION

Il est classique d'admettre que le début de la coxalgie est lent, insidieux, mal déterminé.

Mais s'il en est ainsi dans l'immense majorité des cas, et qu'ensuite le cortège symptomatique — douleur, claudication, engorgement ganglionnaire, attitude spéciale du membre avec plus tard atrophie musculaire, abcès et luxations spontanées — ne peut guère laisser errer le diagnostic dans les formes habituelles, il n'en est plus de même lorsque la coxo-tuberculose affecte une forme aiguë.

La tuberculose de la hanche peut en effet se présenter d'emblée, avec une allure aiguë et des phénomènes généraux, et évoluer ensuite plus ou moins rapidement.

Cette forme aiguë est connue depuis fort longtemps; toutefois il est utile de rappeler à ce propos un point d'histoire.

Deux étapes en effet : le mot coxalgie est resté pendant longtemps un terme générique correspondant à toutes les localisations infectieuses sur l'articulation de la hanche de quelque nature qu'elles fussent. Aujour-

d'hui on le prend comme synonyme de coxo-tuberculose.

Nous ne ferons donc pas état des descriptions antérieures à cette conception dernière, — unanimement acceptée, — car les erreurs y fourmillent comme bien l'on pense.

Cette forme aiguë de tuberculose de la hanche se trouve décrite de façon détaillée dans la thèse de Concours de L. Labbé, en 1863.

D'une manière générale, dit cet auteur, la coxalgie affecte deux formes principales : l'une aiguë de beaucoup la plus rare, l'autre chronique, graduelle...

Les monographies fondamentales de Lannelongue et de König, les traités classiques actuels en font tous mention.

Mais tous aussi sont unanimes à déclarer qu'il est très exceptionnel de voir la coxalgie débuter sous la forme d'une arthrite très aiguë avec température et douleurs violentes. Toutefois, le fait n'est pas impossible et il ne faudra pas l'oublier à propos du diagnostic (1).

Il ne reste cependant pas douteux que de nombreux cas étiquetés coxo-tuberculose à début aigu, relèvent d'une erreur de diagnostic; aussi peut-on lire dans le Traité de Duplay et Reclus : « Nous savons aujourd'hui que toutes ces prétendues coxalgies suraiguës, causant la mort en quatre à cinq jours avec des phénomènes typhoïdes n'ont de coxalgie que le nom. Ce sont des ostéites épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur;

(1) Kirmisson. *Chirurgie infantile.* p. 456.

les mêmes phénomènes inflammatoires pouvant avoir pour point de départ le cartilage épiphysaire situé à l'union des trois pièces qui constituent la cavité cotyloïde.

Il n'en reste pas moins dit le professeur Broca que « la coxalgie aiguë existe soit qu'après une poussée initiale elle passe à la chronicité, soit qu'elle aboutisse à la suppuration (1).

Toutefois la rareté relative de cette forme de coxalgie et les erreurs de diagnostic auxquelles elle expose, méritent qu'on y insiste de façon toute particulière.

Notre sujet comportera donc la publication de deux observations de coxalgie aiguë.

1° Celle d'un enfant que nous avons pu suivre un certain temps dans le service du Professeur Aug. Broca (Enfants Malades), jusqu'au jour où il a quitté cet hôpital.

2° Celle d'un enfant soigné actuellement chez ses parents et que nous allions voir.

Nous inspirant d'une part des *Leçons cliniques* (2) de M. le Professeur Aug. Broca, de la publication remarquable de clarté de MM. Aug. Broca, Delanglade et Barbarin (3), d'un article de M. Gaudier (4), nous essaierons de montrer après eux combien les problèmes cliniques soulevés par les arthrites de la hanche sont parfois difficiles à résoudre.

(1) Aug. Broca. *Traité de chirurgie infantile*, 1914, p. 448.
(2) Aug. Broca. *Leçons cliniques infantiles* 1902.
(3) Broca, Delanglade et Barbarin : Arthrites aiguës et ostéomyélites. *Revue d'orthop.* 2e série, 1902.
(4) Gaudier. Coxalgie ou ostéomyélite. *Echo médical du Nord*, 1905, p. 375.

OBSERVATIONS

Observation 1. — (Prof Aug. Broca.)

G..., Roger, 13 mois. A. H. : père et mère bien portants. Pas d'autre enfant, pas de fausse couche.

A. P. : L'enfant est né à terme, a été nourri au sein jusqu'à 9 mois, puis au biberon; 1re dent à un an. Ne marche pas encore. Pas de maladie infantile; il y a trois semaines, l'enfant a présenté un léger état grippal.

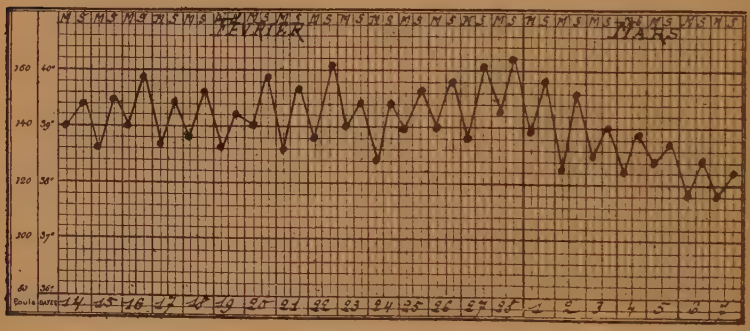
Histoire de la maladie. — Il y a trois mois, la mère remarque qu'en posant son bébé sur ses pieds, la jambe droite fléchit. Dès cette époque, l'enfant souffre violemment de la hanche droite, crie dès qu'on veut le sortir de son berceau. La mère prend sa température et trouve 38°.

A l'hôpital de la Charité à Lyon où la mère va consulter, on pose le diagnostic de coxalgie probable; toutefois elle garde son enfant chez elle. L'enfant continue à souffrir, mais avec des paroxysmes et présente toujours une température au-dessus de 38°.

Il y a trois semaines, la mère vient à Paris; durant le voyage, l'enfant s'enrhume; un médecin appelé parle d'état grippal, puis tout rentre dans l'ordre. A ce

moment, le Dr Lazarre dirige l'enfant sur les « Enfants Malades » pour les douleurs de hanche et sa température.

Etat actuel : *2 Février 1919.* — La hanche droite est déformée, élargie, la jambe droite en légère flexion, abduction et rotation externe. Le trochanter est en place; on constate une tuméfaction profonde et fluctuante à la face antérieure de l'articulation coxo-fémorale droite. L'extension et l'abduction sont limitées. Le



pli fessier est effacé, la fesse aplatie et élargie, le bassin légèrement remonté à droite.

Cet examen de l'enfant est d'ailleurs extrêmement difficile, la mobilisation du membre inférieur droit provoquant une douleur extrêmement vive. La palpation de l'article fait crier l'enfant et on provoque une douleur particulièrement aiguë à la pression dans le triangle de Scarpa et en arrière sur la tête fémorale. La température est à 38°2. L'état général laisse à désirer, rien à l'auscultation.

On demande à la mère de ramener l'enfant au prochain jour de consultation.

6 Février. — L'enfant est à nouveau examiné; on

retrouve les mêmes symptômes, la température reste au-dessus de la normale. Une radiographie est faite mais ne donne pas de renseignements.

14 Février. — Le petit malade continuant à souffrir horriblement, sa mère revient à l'hôpital où on les hospitalise.

A ce moment, la racine de la cuisse est très déformée, en « gigot »; on sent une tuméfaction profonde et de la fluctuation est trouvée vers la face antérieure de l'articulation de la hanche droite. La température est à 39°.

On pense à une arthrite aiguë de la hanche et devant les preuves cliniques d'une collection purulente, on décide d'intervenir à bref délai. Toutefois, avant de prendre le bistouri le membre inférieur droit de l'enfant est mis en extension continue.

15 Février. — La température persiste, les douleurs semblent diminuer.

17 Février. — Gros soulagement au point de vue douleur, mais la fièvre se maintient. L'état général s'améliore, l'enfant repose, et l'on constate que localement la tuméfaction a diminué.

25 Février. — L'abcès semble collecté; on sent nettement de la fluctuation. Une ponction est décidée : 1/2 verre de pus verdâtre et assez épais. On admet la possibilité d'arthrite à pneumocoque, ou de coxalgie aiguë. La température se maintient vers 38°8.

1er Mars. — La tuméfaction de l'aine grossit à nouveau et tend à devenir plus externe. T : 39°5.

7 Mars. — La peau est tendue et rose vers la partie externe de l'arcade crurale : une nouvelle ponction est pratiquée qui reste blanche bien que trois fois recommencée. T : 37°7.

11 Mars. — La tuméfaction a de nouveau notablement diminué; elle est dure et bosselée; elle semble ne plus être qu'un gros paquet ganglionnaire au niveau du triangle de Scarpa. T : 37°. On radiographie le bassin de l'enfant (voir le résultat plus loin). La température étant tombée à 37° depuis trois jours, l'enfant sort, mais il est recommandé à la mère de venir le faire surveiller à la consultation.

21 Mars. — On revoit le malade : abcès au niveau du pli inguinal, fluctuant, peau rouge, mouvements limités et douloureux; on hésite à faire une ponction. La mère repart avec l'enfant, et le 23, l'abcès s'ouvre spontanément vers la partie interne de l'arcade.

25 Mars. — L'enfant est revu à l'hôpital; par l'ouverture spontanée coule un liquide purulent jaune verdâtre, sentant mauvais. Durant un mois il y a suppuration, l'abcès s'est fistulisé. La température est de nouveau ascendante vers 38°, mais les douleurs sont très atténuées. Cependant M. le Professeur Auguste Broca porte un pronostic sombre : coxalgie aiguë grave.

22 Mai. — L'enfant est revu à la consultation. On constate une tuméfaction de la première phalange du 2e et du 4e doigt de la main gauche. Une radiographie est prise qui ne laisse aucun doute : spina ventosa.

Depuis, l'enfant reste soumis à l'extension continue, ne souffre pas, mais sa température n'est pas encore normale; il présente en outre une atrophie musculaire très nette de son membre inférieur.

Lecture de la Radiographie : hanche gauche normale; à droite, la tête fémorale et le col sont très flous et l'on ne peut en délimiter les contours avec netteté; on trouve une ombre diffuse occupant toute la région. La cavité

cotyloïde est estompée, considérablement agrandie et l'on y perçoit très mal le cartilage en Y nettement visible sur le côté gauche. Pas trace d'hyperostose.

Observation 2. — (Prof. Aug. Broca).

J. G. Anna, 9 ans. A. H. : mère, maladie de cœur (rétrécissement mitral); frère, bronchite chronique; trois autres enfants bien portants, 19, 15, 6 ans. Une fausse couche de 6 semaines avant, une de 3 mois après l'enfant dont nous reproduisons l'observation.

A. P. : Née à terme, élevée au sein jusqu'à 20 mois. 1re dent à 2 mois; 1er pas à 9 mois. Coqueluche et broncho-pneumonie à 10 mois. Rougeole à 6 ans; plusieurs bronchites; l'enfant aurait présenté un état grippal en Novembre 1918.

H. M. Le 23 Février 1919. — Brusquement après s'être amusée toute la matinée, l'enfant se plaint de douleurs violentes dans la région de l'aine à gauche et la marche est rendue impossible.

T. 40°. On couche l'enfant, les douleurs sont extrêmement vives et arrachent des cris à la petite malade. Toute la nuit elle reste éveillée et le matin on s'aperçoit que sa jambe gauche est en flexion.

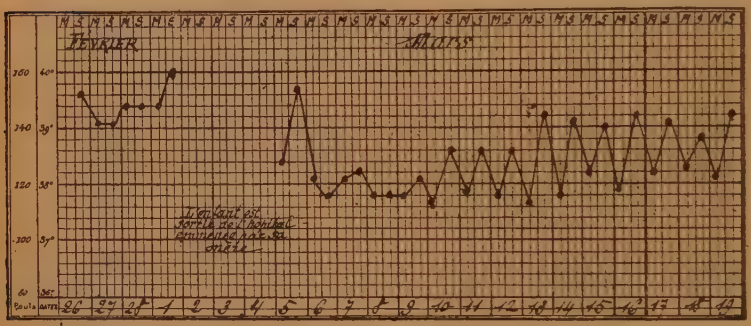
25 Février 1919. — Le médecin appelé pense à une ostéomyélite et fait diriger immédiatement l'enfant sur l'hôpital des Enfants-Malades.

26 Février 1919. — Consultation à l'hôpital et admission immédiate.

L'enfant se présente la cuisse gauche en flexion et abduction. La palpation et les mouvements de la hanche sont extrêmement douloureux; la malade crie et se dé-

fend. La hanche est augmentée de volume et présente de la circulation veineuse collatérale intense. Gros empâtement de toute la région. La palpation des fosse iliaque et pubis est indolore ; seule la partie intra-articulaire du fémur est extrêmement douloureuse. Le maximum des douleurs est à la partie antérieure.

L'état général est médiocre, l'enfant est pâle, la langue



blanche, épaisse, le pouls à 120, la température à 40°. Les bruits du cœur sont normaux, les autres articulations indemnes. Sur les conseils de M. le Professeur Broca, le membre inférieur droit est mis en extension continue.

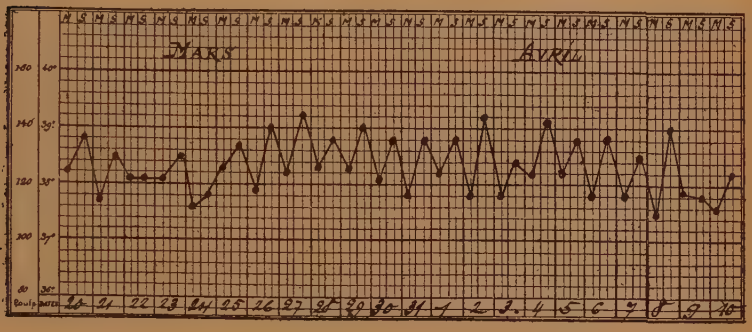
28 Février. — Les douleurs ont diminué, mais la temture est à 41°2.

1er Mars 1919. — L'extension est continuée, mais la mère qui pensait que l'on interviendrait chirurgicalement, retire son enfant de l'hôpital. La température reste toujours élevée ; la jambe se remet en flexion, les douleurs réapparaissent plus vives et l'enfant crie sans cesse.

5 Mars. — Devant cette aggravation, la mère ramène l'enfant à l'hôpital. T. 39°8, teint pâle, langue saburrale. A l'examen : circulation veineuse collatérale très déve-

loppée, rougeur et œdème de toute la région de la hanche. La pression et la palpation réveillent de la douleur dans toute la région, en particulier dans le triangle de Scarpa et sur le grand trochanter. Mise en extension continue.

10 Mars 1919. — Sous l'action du repos et de l'extension continue la douleur diminue et l'état général s'amé-



liore : la température redescend à 38° et l'enfant s'alimente. Localement la rougeur s'efface et l'œdème diminue, mais la circulation collatérale persiste. La pression sur toute l'articulation est indolore sauf au niveau de la tête fémorale en dedans des vaisseaux.

8 Avril. — Température très irrégulière vers 38°, encore un peu de rougeur et d'œdème, un peu d'engorgement ganglionnaire mais plus ou presque de douleur, sauf par la mobilisation d'ailleurs supportable.

8 Avril. — 1re radiographie : L'extension provoque une petite escharre sur le péroné.

16 Juillet. — 2e radiographie : Reste en extension continue jusqu'au 25 Juillet. A cette date, plus de douleur spontanée ni provoquée par la pression, pas de fièvre, plus d'empâtement ni de ganglion; la mobili-

sation reste à peine douloureuse; atrophie très nette de la cuisse gauche. L'enfant est mise dans un plâtre et sort de l'hôpital.

Lecture de la radiographie : Fémur droit en rectitude, hanche droite saine. Fémur en rotation externe à gauche (assez prononcée); espace articulaire agrandi; entre le fond du cotyle et la tête; l'interligne est « pincé » en haut et en dehors.

La courbe du bord inférieur du col ne se continue pas régulièrement avec celle du bord inférieur du pubis (comparer avec l'autre côté sain). L'arcade pubo-fémorale est remontée et élargie. La cavité cotyloïde bien que facile à suivre, est estompée dans son contour et nettement agrandie. La tête fémorale présente des contours assez réguliers mais on y trouve çà et là des taches claires ainsi que sur la partie supérieure du col, ce qui donne à penser à une infiltration probable avec raréfaction osseuse. La trace du cartilage en Y est moins nette qu'à droite. Pas d'hyperostose.

A ces observations, je joindrai la suivante (1) :

Observation 31 (A. Broca). — *Coxalgie aiguë prise pour une ostéomyélite de la hanche. — Lésions tuberculeuses secondaires.*

Henri H..., 2 ans, entre le 20 Décembre 1892 à l'hôpital Trousseau (salle Denonvillers).

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

A marché à 20 mois. Début de l'affection il y a

(1) Observation 31 (A. Broca). In *Revue d'Orthopédie*, 2e série, 1902, à l'article *Arthrites aiguës et ostéomyélites* par MM. Broca, Delanglade et Barbarin.

15 jours. L'enfant qui auparavant jouait avec entrain, a commencé à se plaindre et a refusé de mettre ses pieds à terre. Il est resté alité une semaine avec forte fièvre et délire, mais aucun signe physique appréciable.

Depuis 5 jours, le genou droit commence à grossir; il est devenu douloureux au toucher. La cuisse entière peu à peu se trouve le siège d'une douleur de plus en plus vive. Enfin depuis deux jours une grosseur était apparue à la partie antéro-interne de la cuisse; l'enfant est apporté à l'hôpital.

Etat actuel. — Sous le chloroforme, on peut reconnaître l'existence d'un empâtement profond et de quelques ganglions engorgés à la partie supéro-interne de la cuisse. Plus haut, la chaîne des ganglions iliaques externes est perceptible à la palpation. Pas de fluctuation.

Le 30 Décembre, la température vespérale ayant été la veille de 39°6, incision profonde sur les adducteurs.. Evacuation d'une grande quantité de pus épais verdâtre; le doigt ne trouve pas d'os dénudé. Drainage.

Peu à peu, l'état général, l'état local s'améliorent et l'enfant sort le 27 Janvier sur la demande des parents, sans fièvre, avec une légère suppuration persistante.

Revu en 1893. La fistule persiste. La maigreur est considérable, plusieurs articulations sont le siège d'arthrites manifestement *tuberculeuses*.

*
* *

Nous rappellerons avant de discuter ces observations les paroles de M. le Professeur Broca dans ses *Leçons cliniques de chirurgie infantile* :

« ... *Mais il n'est pas de règle sans exception et parfois une tumeur blanche se découvre à nous sous les apparences d'une arthrite aiguë, très aiguë même. De temps à autre, je vois des cas de ce genre, assez typiques par leur évolution ultérieure, pour que le doute devienne finalement impossible.* »

Ne trouvons-nous pas, dans les observations que nous venons de donner, la preuve éclatante de cet enseignement ?

Le problème clinique que constitue chacune de ces observations est assurément bien difficile à résoudre.

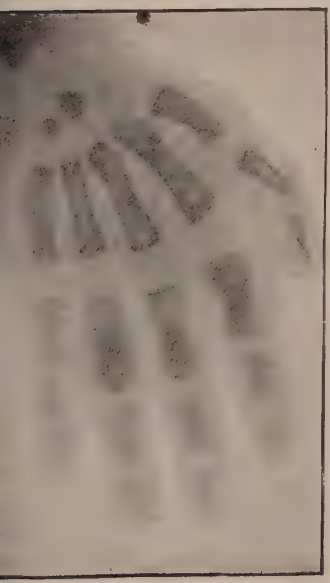
C'est qu'en effet le problème est ici « transposé » :

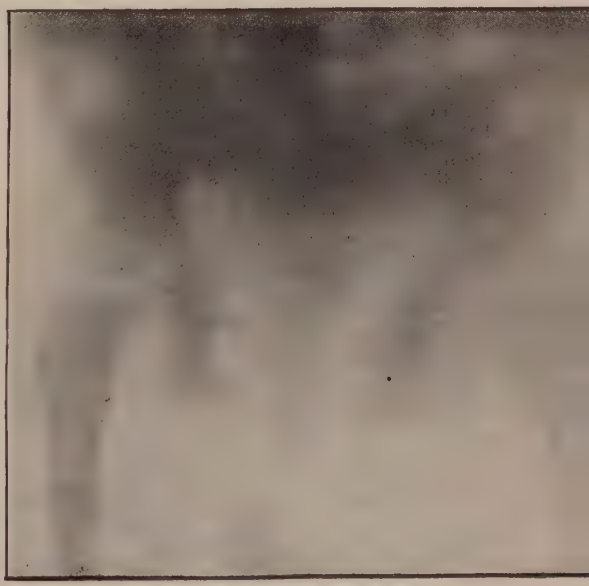
Tandis qu'habituellement le diagnostic de coxalgie se pose après un examen minutieux, subtile de signes à peine ébauchés mais dont l'association éveille à coup sûr l'attention, ici nous avons affaire d'emblée, à une maladie aiguë, et si les symptômes locaux dirigent notre diagnostic vers une affection de la hanche, là se borne notre certitude.

Quelle méthode suivre alors pour arriver à une solution ?

Il faut procéder par élimination, et c'est ce que nous allons essayer de faire.

Dans l'un et l'autre cas qui nous occupent, un examen approfondi permet tout d'abord d'écarter le diagnostic





de péri-arthrite coxo-fémorale et d'affirmer une lésion de l'articulation elle-même : Tous les mouvements sans exception sont limités ou impossibles et douloureux, le siège des douleurs spontanées et provoquées, nettement articulaire.

L'hypertrophie locale, les douleurs ostéocopes peuvent faire penser à la possibilité d'une tumeur osseuse maligne, au sarcome en particulier mais dans ce cas l'article est libre ; seule la température locale est élevée ; l'augmentation de volume est localisée sur un seul os, non pas diffuse et on sent la crépitation parcheminée. D'ailleurs la radiographie permet d'écarter nettement ce diagnostic.

De même, il est aisé d'éliminer les diagnostics exceptionnels d'actinomycose articulaire et de kystes hydatiques ostéo-articulaires.

Quant au rhumatisme articulaire aigu simple, il semble bien peu vraisemblable même dans notre observation II où le stade suppuratif n'a pas été atteint. En effet, la maladie est restée mono-articulaire, et un examen quotidien n'a jamais révélé le moindre retentissement sur le cœur de la petite malade non plus que les sueurs profuses décrites en pareil cas. Du reste, la radiographie ne permet plus d'en douter.

Il est également facile d'éliminer les douleurs de la fièvre de croissance, leur siégé étant juxta-épiphysaire ordinairement symétriques et ne s'accompagnant pas de lésion articulaire.

Mais l'état général, l'étude des antécédents héréditaires et personnels peuvent-ils nous éclairer?

Nous n'y trouvons rien de particulier ; cependant il nous faut noter que dans l'un et l'autre cas nous retrouvons dans les anamnestiques, un léger état grippal.

Ce pourrait être là la clef du problème : arthrite aiguë infectieuse de la hanche, d'origine grippale.

Mais son apparition semble bien tardive (4 semaines dans un cas, plus d'un mois dans l'autre) après la guérison de l'affection causale supposée et celle-ci d'ailleurs n'avait rien de caractéristique. Il ne faut pas oublier en effet que nous nous trouvions alors en pleine floraison de l'épidémie grippale; et, il semble bien que l'on eût dans les deux cas, plus de peur que de mal.

Mais l'arthrite aiguë infectieuse pouvait avoir une autre étiologie.

Or, nous ne trouvons pas trace de fièvre éruptive, pas d'angine, pas d'infection chirurgicale, pas de furoncle, pas de plaie si petite soit-elle.

Toutefois, comme il a été signalé en particulier des arthrites à pneumocoques, précédant une pneumonie (Herrick), on pouvait admettre en particulier pour le nourrisson (Obs. I), où la suppuration apparut rapidement, la possibilité d'une arthrite à pneumocoques : l'évolution en donne un démenti formel.

Force nous est donc dès maintenant de limiter la cause de ces 2 cas d'arthrite aiguë de la hanche à la syphilis, la blennorrhagie, l'ostéomyélite ou la tuberculose, car nous ne citerons que pour mémoire l'hémophylie (König) et l'hystérie (Brodie).

Mais la syphilis ne suscite pour ainsi dire jamais de

pyarthrose (1) et ne s'accompagne pas de phénomènes généraux d'une pareille intensité; localement, on sent plutôt un gonflement osseux que de l'empâtement des parties molles(2).

D'autre part, ni dans l'un, ni dans l'autre cas, nous ne retrouvons la syphilis dans les antécédents héréditaires et les deux malades ne présentent eux-mêmes aucun des stigmates de l'hérédo-syphilis.

La blennorrhagie provoque le plus souvent des épanchements troubles, mais bien rarement des suppurations franches (3). Ici d'ailleurs, nous ne trouvons ni écoulement vulvaire ni lésion conjonctivale par exemple nous permettant d'incriminer le gonocoque.

Voilà donc maintenant le champ de nos investigations limité; aussi devons-nous désormais discuter entre ostéomyélite et tuberculose.

Or, devant la brusquerie du début qui fait pressentir une maladie à grand fracas, l'acuité de la douleur que l'on peut reconnaître « excruciente » la courbe de la température qui fait immédiatement songer à une suppuration chaude, les signes locaux, membre inférieur impotent dont la mobilisation arrache des cris à l'enfant, contracture de défense des muscles de la cuisse, déformation de la hanche augmentée de volume, empâtement profond, réseau veineux superficiel, on serait en droit de penser exclusivement à l'ostéomyélite, si l'on n'était prévenu de la possibilité d'une tuberculose de la hanche

(1) *Précis de Pathologie chirurgicale* (9 Agrégés), p. 783.
(2) *Id.*
(3) *Précis de Pathologie chirurgicale* (9 Agrégés), p. 783.

à début aigu, de cette forme que Bonnet assimile aux caries vertébrales à marche rapide.

Mais existe-t-il des signes pathognomoniques nous permettant d'établir un diagnostic différentiel entre les formes cliniques presque superposables d'affections cependant si différentes?

Certes, entre l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur et la coxalgie à marche régulière il est difficile de se tromper, mais il n'en est plus de même lorsque la coxalgie affecte la forme clinique dont nous nous occupons ici.

Tout d'abord, la situation profonde de l'articulation de la hanche permet malaisément son exploration, d'où la difficulté évidente de préciser exactement s'il y a de l'arthrite vraie ou seulement un retentissement sur l'articulation d'une lésion ostéomyélitique de voisinage.

D'autre part, la disposition anatomique du cartilage de conjugaison de la tête du fémur nettement articulaire, nous montre que la réaction synoviale, l'arthrite, est la conséquence fatale de l'ostéomyélite. Ceci nous prouve donc que l'interprétation pathogénique de l'arthrite peut rester douteuse. Et si nous nous adressons à l'empâtement, nous voyons qu'ici il a été très précoce, mais bien qu'il soit plus rapide à apparaître au cours des ostéomyélites aiguës, nous ne devons pas en faire état car il n'est pas absolument pathognomonique de l'ostéomyélite.

De même nous n'avons pas constaté de gonalgie, mais ce symptôme est-il indispensable pour porter le diagnostic de coxalgie.

L'état général antérieur ne nous fixe pas davantage; dans l'observation II, l'enfant a été sujette aux bronchites, mais elle ne présente aucun signe stéthoscopique net de bacillose.

Si maintenant nous nous adressons aux attitudes, nous trouvons que celles-ci cadrent mieux avec une coxalgie qu'avec une ostéomyélite, bien que cette dernière affection ne se montre pas toujours avec flexion, adduction et rotation interne.

Nous devons noter également que souvent l'ostéomyélite frappe plusieurs pièces osseuses, alors que nous ne trouvons ici rien de pareil.

Enfin si nous nous adressons à l'âge des sujets, bien que l'on connaisse des cas d'ostéomyélite chez les jeunes enfants y compris les nourrissons (Aldebert, Broca, Braquehaye, Lamothe), nous devons nous rappeler que l'adolescence est la véritable période de la vie exposée à l'ostéo-périostite infectieuse aiguë.

Mais ce qui différencie de façon absolue les deux affections que nous venons de signaler, c'est leur évolution et c'est elle seule qui peut nous fixer.

En effet, l'ostéomyélite aiguë évolue d'une façon extrêmement rapide, et il est bien évident que si l'état général des deux enfants laissait à désirer, dans aucun cas nous ne voyons apparaître l'état typhique qui accompagne fatalement et à brève échéance toute ostéomyélite aiguë.

Pourtant, dans une infection aussi grave que l'ostéomyélite, tout retard dans l'intervention est préjudiciable, mais il ne faut pas oublier que le seul traitement en pareil

cas est de drainer la suppuration localisée dans l'os et les parties molles et traiter les lésions osseuses de façon à sauvegarder les fonctions du squelette.

On est ainsi amené à une résection; aussi pareille mutilation ne peut être envisagée s'il existe un doute, si léger soit-il.

Et nous voyons en effet dans les deux cas que nous avons examinés que les symptômes, en particulier la douleur, ont été amendés par la seule extension continue. Or, celle-ci est temps perdu en cas d'ostéomyélite.

Les deux radiographies de hanches que nous faisons reproduire et dont on a fait la lecture après chacune des observations inclinent également le diagnostic vers la coxalgie, confirmée d'ailleurs nettement dans l'observation I par l'apparition d'un spina-ventosa caractéristique que nous faisons représenter aussi.

Et pour terminer, nous reproduirons les paroles de M. le Prof. Broca dans sa leçon :

« ... *mais pour une épiphyse profonde comme celle de la tête fémorale réagissant vite sur une synoviale qui l'enveloppe de toutes parts, lorsque les signes d'arthrite sont par conséquent les seuls que nous puissions constater, on conçoit que l'interprétation pathogénique de ces signes doive rester douteuse.*

« ... *on ne peut conclure en fait qu'après une observation prolongée de quelques jours dans les formes très aiguës, de plusieurs semaines dans les formes moins rapides.*

(1) *Leçons cliniques de Chirurgie infantile, 1902.*

CONCLUSIONS

Nos conclusions seront donc les suivantes :

I. — La coxalgie aiguë est une forme rare, mais elle existe.

II. — En cas de coxalgie aiguë, nous nous trouvons en présence d'une arthrite aiguë de la hanche, et aucun signe pathognomonique peut nous permettre d'en inférer la pathogénie au début.

III. — Afin d'établir le traitement, se « hâter lentement » pour poser le diagnostic : se hâter, car l'ostéomyélite peut être en cause, alors le traitement au bistouri s'impose et c'est une résection qu'il faut pratiquer en général ; lentement, car on ne doit pas mutiler un membre lorsque la seule extension continue peut et doit être le seul traitement immédiat ou qu'une arthrotomie doit suffire.

Corollaire : En cas d'arthrite aiguë de la hanche, si un doute de coxalgie aiguë existe, mettre le membre dans l'extension continue, mais se tenir prêt à intervenir

radicalement si ce traitement ne donne pas de résultats et que de nouveaux symptômes viennent infirmer la possibilité de coxalgie aiguë.

IV. — La coxalgie aiguë est une forme grave; les lésions osseuses évoluent rapidement et la radiographie même précocement faite permet de s'en rendre compte alors que dans la forme chronique les lésions ne sont visibles à la radiographie que très tardivement.

V. — La coxalgie aiguë semble d'autant plus grave qu'elle évolue chez un enfant plus jeune; chez notre nourrisson, la suppuration est apparue très rapidement.

Vu : le Président.
AUGUSTE BROCA

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

BOYER. — *Traité des maladies chirurgicales*, tome IV, p. 306, 1818.

BRODIE. — *Maladie des articulations*. Trad. Marchant, p. 89, 1819.

MALGAIGNE. — *Leçons d'orthopédie*, 1843.

BONNET. — *Traité des maladies des articulations*, 1845.

MAISONNEUVE. — De la coxalgie. *Thèse de concours*, 1844.

DUVAL. — De la sub-inflammation de la hanche. In *Revue des spécialités*, t. I et II, 1857.

MARJOLIN. — *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1865-1868.

L. LABBÉ. — De la coxalgie. *Thèse de concours*, Paris, 1863.

BARATIER. — Coxalgie des enfants. *Thèse de Paris*, 1871.

CAZIN ET PERROCHAUD. — Statistique des coxalgies suppurées traitées à l'hôpital de Berck, in *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1876.

CHARRIER. — De la coxalgie à marche rapide. *Thèse de Paris*, 1877.

BOECKEL (EUGÈNE). — Leçons sur la coxalgie (*Gaz. méd. de Strasbourg*), 1863.

GAILLARD (F.-L.) de Poitiers. — Etudes sur les coxalgies. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1864-1865, t. XXX, p. 94).

LANNELONGUE. — (*Bull. méd.*, 1894, p. 953).

V. MÉNARD. — *Etude sur la coxalgie*, 1907.

S. Duplay. — *Sem. méd.*, 1895, p. 537.
Maydl. — *Wien kl. Bundsch*, 1897, nos 10, 11, et 15.
F. Konig. — *Berl. kl. Woch*, 1900, n° 3, p. 58.
Guilbert. — *Th. de Lille*, 1901-1902, n° 71.
Nové-Josserand. — *Rev. mens. mal. enf.*, 1902, p. 37.
P. Desportes. — Pseudo-coxalgie, coxalgie de croissance. *Th. de Lyon*, 1898-1899, n° 117.
J. Calvé. — *Rev. de Chir.*, Juillet 1910, t. XLII, p. 54.
Hoke. — (*Méd. Rec. N.Y.*, 27 Septembre 1909, t. II, p. 809.
Gaudier. — Coxalgie ou ostéomyélite. *Echo médical du Nord*, 1905, p. 375.
Joüon. — Des luxations secondaires de la hanche au début d'une coxalgie. *Thèse Paris*, 1900-1901, n° 421.
Aug. Broca. — *Revue d'Orthopédie*, 1906, p. 435.
Lannelongue. — *Bull. méd.*, 1894, p. 953.
Aug. Broca. — *Leçons cliniques chirurgie infantile*, 1902, leçons 11 et 12.
Aug. Broca. — Arthrite suppurée de la hanche. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 27 Avril 1902.
O. Levêque. — Coxalgie ostéomyélitique suppurée d'origine fémorale. *Th. de Doct. Lyon.*, 1894-1895, n° 1139.
Brulé de Rennes. — *France médicale*. Paris, 1877, p. 585.
F. König. — *Die spec. tub. der Knochen und Gelenk*, t. II das Hreft, gelenk. Berlin, 1902.
Broca, Delanglade et Barbarin. — Arthrites aiguës et ostéomyélites de la hanche. *Revue d'Orthopédie*, 2e série, 1902.
Paul Sourdat. — Etude radiographique de la hanche coxalgique en particulier chez l'enfant. *Th. Paris*, 1909, n° 337.
S. Delmont-Bebet. — Des influences des lésions du cotyle et de l'os iliaque sur la marche de la coxalgie. Etude sur 98 cas de résection de hanche. *Th. de Paris*, 1898-1899, n° 337.
Ch Girardet. — Etude sur les lésions du cotyle et de l'os iliaque au cours de la coxalgie. *Th. de Paris*, 1902-03, n° 425.

Kirmisson (rapport). — *Soc. de chir. de Paris*, 15 Mars 1895, p. 195.

Gosselin. — Sur les trochantérites simulant la coxalgie. *Arch. gén. méd.*, 1898, t. XVI, p. 24 et 163.

Marjolin. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1865, p. 13

L. Le Fort. — *Leçons méd.*, 1890, p. 461.

A. Mordant. — Des ostéites trochantériennes et de leur rapport avec la coxalgie. *Thèse Lyon*, 1898-1899, n° 56.

Kirmisson. — *Traité de Chirurgie.*

Duplay et Reclus. — *Ibid.*

9 agrégés. — *Traité de Pathologie externe.*

Coulommiers.
Imprimerie DESSAINT et Cie.

79

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE